Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.012.424.746				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4280 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.665.301	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.500.370		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.036.691	
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**	9980	**Nº CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO(5) MESES Y DIECINUEVE(19) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 9.560.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	358	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VENTIUNDIAS (21)

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS EVENTOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CRÓNICOS, MENORES DE 5 AÑOS Y OTROS EVENTOS PRIORIZADOS REMITIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES.
2	SE PRESENTA Y ENTREGA EL CRONOGRAMNA DE ACTIVIDADES CON LO PROGRAMADO DURANTE EL MES
3	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO Y DILIGENCIAMINETO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
4	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
5	APROPIACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS ESTIPULADAS PARA EL ABORDAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTRATEGIA RBC.
6	ASISTENCIA PRESENCIAL Y VIRTUAL DE LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS ESTIPULADAS DENTRO DEL CRONOGRAMA.
7	REALIZAR ENTREGA OPORTUNA DE FORMATOS EN FÍSICO, BASE DE PROYECTOS DE INVERSIÓN, FORMATOS DE CANALIZACIÓN, DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO.
8	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE CANALIZACIÓN.
9	DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SIVIM SISVECOS.
10	REALIZAR PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES DE LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC) CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES DE ZARIT Y WHODAS.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85323446	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	11/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/04/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COLSUBSIDIO + MORA	11/04/2025	$ 29.100
	TOTAL PAGADO		**$ 469.600**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ
CC: 1.012.424.746
CEL 3028308263

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ	**CC:**	1.012.424.746
		RUT (NIT):	1.012.424.746
CORREO ELECTRÓNICO:	julieth1orena9528@gmail.com	**TELÉFONO:**	3028306263
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV KRA 70C 57R 15 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 -Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	055000600101306 6

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4280 2025	**Nº CDP:**	1185	**Nº. CRP:**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025		**TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 27.500.370
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025	AL 30/04/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.036.691 CUATRO MILLONES TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS				

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ

CC: 1.012.424.746

CEL: 3028306263

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.012.424.746				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4280 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.665.301				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.500.370		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.036.691	
N° PAGO / N° DE INFORME:	3 de 3	**N° CRP INICIAL:**	9980	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	55
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO(5) MESES Y DIECINUEVE(19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85323446		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN(1)	PRORROGA(1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.560.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	358	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VENTIUNDIAS (21)

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/04/2025 al 30/04/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012424746	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ		av carrera 70c No 57R-15 SUR	3028306263	7julieta2414@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85323446	$469.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.500	1	100	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012424746	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ	av carrera 70c No 57R-15 SUR	3028306263	7julieta2414@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85323446	$469,600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																								PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	Pensionado	IRP	SLN	IGE	LMA	VAC - LR	AVP	VCT	VST	SLN	IGE	LMA	VAC - LR	AVP	VCT	VST	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1012424746	PAEZ RODRIGUEZ JULIETH LORENA	59	0			N																		230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	176,000	14-11	1,423,500	3	34,700	CCF22	1,423,500	28,500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1403792204

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/04/2025

Número de aprobación
00792204

Dirección IP
186.102.67.122

Valor transacción
$ 469.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2
CC

Referencia 3
1012424746

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.